

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-440689

178027

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12291**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKDOUR AMINE

Date de naissance :

10-03-1981

Adresse :

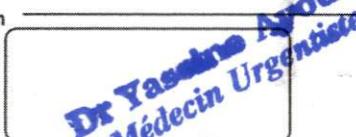
Siège CASA / ANFA

Tél. : **0672667586**

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/09/2023

Nom et prénom du malade :

BON KADDOUSS AMINE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ergotophylie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous l'confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

Le : **28/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Elly**

R ACCUEIL KH. HIMMI

Elly

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/09/2023	Visite Consultation	1	600,00 DA	INP : 1612345678 Dr Yassine Aroussi Médecin Urgence

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>22-05-87 Cassabrunca Passes M&L M&L 10-05-87</i>	<i>28-05-87</i>	<i>293,50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

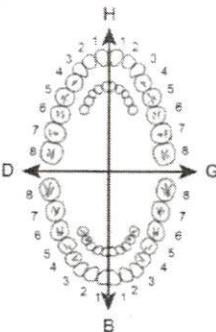
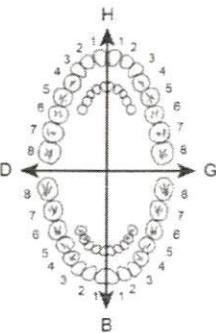
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFERMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
CLINIQUE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلي
الفحص المنزلي
استشارة منزلية
تحاليل طبية
اختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

06 13 34 10 01

ORDONNANCE

Casablanca le: 28/09/2023

M^{me} AMINE BoukDour

LOT 220205 2
EXP 01 24
PPV 97.90 DH

ASPEGIC 1G
SACHETS 820
P.P.V : 61DH10
LOT 220205
PER 01 24
6 118000 061076

97.90

61.70

cef iken 200

AS Pegic 1000

55.00

2 se 3 / 1

55.00 GED

79.90

Bio mylax 3000

- 3 lis

293.90

Dr vacine Agouti

Medecin Urgentiste

AP: xel Sanis

293.90

إقامة بيدر تجزئة 11 العمارة رقم 99 المترتب رقم 7 الطابق رقم 2 عن السنين الدار البيضاء
Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01

Email : contact@maydayhelp.ma البريد الإلكتروني:



8 032578 477337

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

230103
01/2026

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VÉHICULE SANITAIRE LÉGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFERMIÈRE À DOMICILE
AIDE SOIGNANTE À DOMICILE
CLINIQUE À DOMICILE
CONSULTATION À DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MÉDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلي
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
اختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

06 13 34 10 01

ORDONNANCE

Casablanca le: 28/09/2023

NOTE D'HONORAIRES

Le honoraires de la consultation
médical à domicile au profit de
M^{me} AMINE BOUKDOUR sont
l'équivalent de six cents (600,00DH).

Dr Yassine Ajouani
Médecin Urgentiste

إقامة البدر تجزئة 11 العمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء
Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01
Email : contact@maydayhelp.ma البريد الإلكتروني :